# Déclaration de sinistre

**Individuelle Accident Scout**

Paris, le 12.08.2025

## Assuré (Victime)

Nom: HEGRON
Prenom: MAXENCE
Date de naissance: 09.02.2011
Téléphone: 0635996292
Email: vfhegron@gmail.com
Adresse: 46 LA HAUTURE
Code Postal: 44140
Ville: LE BIGNON
Numéro contrat: AT880039

## Parents (ou personne responsable)

Nom: HEGRON
Prenom: VERONIQUE
Email: vfhegron@gmail.com
Téléphone: 0635996292
Adresse: 46 LA HAUTURE
Code Postal: 44140
Ville: LE BIGNON

## Accident

Date: 28.07.2025
Heure: 09:45
Lieu: AMBELLE 24340 SAINTE CROIX DE MAREUIL
Nature de l'activité: Grand jeu
Mode transport du blessé: Hélicoptère
Intervention chirurgicale Aux urgences
Point de suture 0
Hospitalisation (jours) 2
Suite Rapatriement
Circonstance: LORS D'UNE BATAILLE DE FOULARD, MAEL A POUSSE MAXENCE QUI EST TOMBE DE TOUT SON POIDS SUR SON BRAS
Dommages / Nature des lésions: BRAS CASSE AU NIVEAU DU RADIUS ET DU CUBITUS ET PEUT-ETRE POIGNE CASSE

## Signature du déclarant

Fait à: /
Fait le: 12.08.2025
Organisation: AGSE
Prénom: Olivier
Nom: DE CHARETTE
Groupe: GPE 1re GRANDLIEU
Fonction: CHEF_GROUPE